



CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL
GABINETE DO DEPUTADO DELMASSO - REPUBLICANOS/DF - GAB. 04



PARECER Nº , DE 2021

Da COMISSÃO DE EDUCAÇÃO, SAÚDE E CULTURA sobre o Projeto de Lei nº 537/2019, que garante à gestante a possibilidade de optar pelo parto cesariano, a partir da quadragésima semana de gestação, bem como analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal.

AUTOR: Deputado ROBÉRIO NEGREIROS

RELATOR: Deputado DELMASSO

I – RELATÓRIO

Submete-se à apreciação da Comissão de Educação, Saúde e Cultura o Projeto de Lei nº 537/2019, de autoria do Deputado Robério Negreiros, cujo objetivo é garantir à gestante a possibilidade de optar pelo parto cesariano, a partir da quadragésima semana de gestação, bem como analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal, com o propósito de assegurar o direito à cesariana eletiva, respeitando a autonomia da vontade da gestante.

Nesse sentido, de acordo com o artigo 1º do Projeto, a parturiente tem direito à cesariana eletiva, devendo ser respeitada em sua autonomia. Já os §1º e §2º deste artigo dispõem que a cesariana eletiva só será realizada a partir de 40 (quarenta) semanas de gestação, após a parturiente ser conscientizada e informada acerca dos benefícios do parto normal e riscos de sucessivas cesarianas; ainda, que na eventualidade de a opção da parturiente pela cesariana não ser observada, deverá o médico registrar as razões no prontuário da gestante.

Em seguida, o artigo 2º da proposição em apreço aduz que a parturiente que optar pelo parto normal, desde que apresente condições clínicas para tanto, também será respeitada e assegurada a sua autonomia da vontade, com direito à analgesia, prevista no parágrafo único deste dispositivo.

O artigo 3º do Projeto determina que os hospitais e as instituições hospitalares afins, que funcionem como maternidades, deverão afixar placa com os seguintes dizeres, litteris: "Constitui direito de a parturiente escolher cesariana, a partir da quadragésima nona semana de gestação".

Mais adiante, o artigo 4º prevê que poderá o médico que divergir dessa opção, feita pela parturiente, encaminhá-la a outro profissional.

Ainda, o artigo 5º prevê que as despesas, decorrentes da execução da futura lei, correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Por fim, o artigo 6º trata da entrada em vigor da Lei, na data de sua publicação.

Em justificção à iniciativa, o autor assevera que apesar da medicina brasileira ser uma referência mundial, existem dificuldades de acesso ao sistema de saúde, em especial pela população carente.

Desse modo, atesta que diante das várias formas de parto existentes, os profissionais de saúde sempre lidaram bem com todas elas, destacando que não há por parte desta categoria profissional qualquer preconceito com a opção pela cesariana.

Adiante, aponta que é notória a ideia de que o parto normal, em especial, o parto natural seriam melhores que a cesariana, bem como que a autonomia individual confere à gestante o direito de ser orientada pelo médico que a acompanha durante o pré-natal, para escolher a via de parto de sua preferência, com destaque para as intercorrências havidas no momento do parto, que serão observadas para, eventualmente, adotar-se procedimento diverso do inicialmente eleito.

Nesse aspecto, assevera que os formadores de opinião defendem a supremacia do parto normal, com base na ideia de que as parturientes têm o direito de dispor sobre o próprio corpo e devem ter o seu desejo respeitado, o que entende correto, apenas no tocante ao respeito à sua autonomia. Contudo, ressalta que essas pessoas defendem o direito de a parturiente escolher (e ser respeitada) apenas quando a parturiente escolhe o parto normal, ou o parto natural. Entretanto, o inverso, quando a parturiente escolhe a cesárea, esses grupos abandonariam o discurso de que a mulher deve ser ouvida e acolhida em seus desejos, presumindo que essa mulher não foi bem informada e esclarecida.

Por isso, destaca que esse movimento não visa dar poder de decisão às mulheres, mas sim impor essas convicções, ou seja, de que o parto normal sempre é a melhor escolha. Nesse ponto, enfatiza que a finalidade da proposição é justamente dar a oportunidade de real escolha à gestante, quando completadas as 40 semanas de gestação, desde que, devidamente orientada pelo médico responsável.

Nesse contexto, aduz que esses grupos, que defendem que o parto normal e o parto natural são melhores do que a cesárea, denunciam, com regularidade, como violência obstétrica o fato de uma mulher requerer o parto vaginal (em qualquer de suas modalidades) e não ser atendida. No entanto, enfatiza que esses mesmos grupos não se importam com as muitas mulheres que, na rede pública de saúde, mesmo clamando pela realização da cesárea, são obrigadas a sofrer por longas horas para dar à luz por parto normal, ocorrendo, também, nesses casos a violência obstétrica. E, assim sendo, define esse tipo de violência como:

“A violência obstétrica é aquela que acontece no momento da gestação, parto, nascimento e/ou pós-parto, inclusive no atendimento ao abortamento. Pode ser física, psicológica, verbal, simbólica e/ou sexual, além de negligência, discriminação e/ou condutas excessivas ou desnecessárias ou desaconselhadas, muitas vezes prejudiciais e sem embasamento em evidências científicas. Essas práticas submetem mulheres a normas e rotinas rígidas e muitas vezes desnecessárias, que não respeitam os seus corpos e os seus ritmos naturais e as impedem de exercer seu protagonismo.

A violência pode ser entendida, ainda, segundo a Organização Mundial da Saúde como o uso intencional da força ou do poder em uma forma de ameaça ou efetivamente, contra si mesmo, outra pessoa ou grupo ou comunidade, que ocasiona ou tem grandes probabilidades de ocasionar lesão, morte, dano psíquico, alterações do desenvolvimento ou privações estando aqui manifesta em mais de uma forma.

Os exemplos desse tipo de violência são:

- lavagem intestinal e restrição de dieta;
- ameaças, gritos, piadas e chacotas;

- omissão de informações, desconsideração dos padrões e valores culturais das gestantes e parturientes e divulgação pública de informações que possam insultar a mulher;
- não permitir acompanhante que a gestante escolher;
- não receber alívio para a dor.”

Em seguida, indaga qual o nome a ser dado para a dor imposta à parturiente que, optando pelo parto cesariano, uma vez atendidos os protocolos que garantem a segurança e desenvolvimento do feto, tem a sua opção inobservada. E, ainda, destaca que a situação ganha gravidade, quando se constata que a analgesia, durante o procedimento de parto normal, constitui exceção em todo o território nacional.

Por essas razões, afirma que o Projeto visa proporcionar igualdade de oportunidade para as mulheres da rede pública e privada de saúde, defendendo que elas necessitam ter autonomia para fazer as suas escolhas, desde que sejam previamente orientadas, por exemplo, quanto às possibilidades de alívio da dor quanto ao parto normal ou riscos de cesárea de repetição.

Ainda, ressalta que em muitos casos, em razão da submissão ao parto normal, o conceito vem a sofrer com a falta de oxigênio, ficando sequelado para o resto da vida, em virtude da paralisia cerebral. Nesse ponto, informa que as ocorrências concretas, que chegam aos Conselhos de Medicina e aos Tribunais, revelam que, na rede pública, quando se recorre à cesárea, a parturiente já foi submetida a longas horas de sofrimento, buscando o parto normal.

Por conseguinte, assegura que em decorrência dessa mentalidade predominante em nossa sociedade, quando ocorre a morte da mãe ou do bebê, atrela-se tal resultado à cesárea. No entanto, raramente se assume que, quando a cesárea é determinada, a parturiente já amargou horas de intenso sofrimento, buscando um parto normal.

Nesse diapasão, aponta que não há nenhum estudo que correlacione a cesárea realizada a pedido da gestante, antes do início do trabalho de parto, com o resultado morte da mãe e/ou morte do conceito. Entretanto, ressalta que os casos concretos mostram que essas mortes ocorrem, em regra, quando se tenta por horas o parto normal, recorrendo-se à cesárea, quando a situação já se revela insustentável.

Mais adiante, assegura que não se está legislando para impor a cesárea, mas sim para garantir o direito da mulher que não quer fazer o parto normal, de ser atendida, mormente em razão dos riscos que circundam o parto normal.

Nesse tocante, ressalta que a história da cesárea se desenvolve paralelamente à diminuição da mortalidade materna e da mortalidade infantil e, ainda, que estudos apontam que a taxa crescente de cesarianas, nas últimas três décadas, acompanhou uma significativa diminuição nas taxas de mortalidade materna.

Cita a Resolução nº 2.144/2016, do Conselho Federal de Medicina, que prevê que o médico pode sim atender ao desejo de sua paciente e realizar a cesariana, desde que a gestação esteja com, no mínimo, 39 (trinta e nove) semanas. Assim sendo, aduz que essa norma veio coroar o princípio da autonomia da paciente, bem como o princípio da não maleficência, uma vez que exige a maturidade do conceito e permite a diminuição dos riscos de um parto normal. Contudo, denuncia que essa norma não é observada na rede pública de saúde, o que submeteria as mulheres à verdadeira tortura, visto que não desejam enfrentar as dores e os riscos de um parto normal, porém não lhes é dada outra opção. E, ressalta que, surpreende saber que até mesmo a analgesia lhes é negada. Mais adiante, ressalta que as maiores vítimas dessa negativa são mulheres pobres e negras.

Além disso, enfatiza que não se pretende privilegiar ou impor a cesárea, mas apenas oportunizar que a gestante possa escolher como deseja o seu parto, a partir da quadragésima semana; bem como evitar que o pensamento de algumas pessoas submeta um número significativo de mulheres à dor desnecessária e a riscos, mesmo quando elas clamam por um caminho diverso.

Não suficiente, destaca que a realidade dos hospitais públicos não tem nada a ver com o cenário, em regra, desenhado pelas entusiastas do parto normal/natural. Enfatiza que, as mulheres que dependem da rede pública só querem ter seus filhos e saírem vivas e saudáveis, com seus bebês vivos e saudáveis nos seus braços.

Portanto, ressalta que esse é o intuito da proposição, ou seja, "conferir voz às mulheres que, desde sempre, foram caladas pelo sistema e, por incrível que pareça, agora, são caladas por aqueles que costumam se apresentar como defensores dos oprimidos."

Assim sendo, defende que o Projeto busca resguardar direitos fundamentais, com preservação de vida, da saúde e da dignidade humana e, também visa inclusão social, eis que as mulheres da rede privada (particular ou conveniada) têm o direito de optar por não sentir dor e de ter acesso a um procedimento, que salva mulheres e crianças.

Ademais, aduz sobre as razões pelas quais o parto normal/natural é melhor para a mãe, sendo: a rápida recuperação, ausência de cicatriz, menor risco de problemas respiratórios para o bebê. Contudo, ressalta que esses benefícios não são maiores do que um bebê morto por anóxia, ou paralisado por anóxia, mesmo após a parturiente ter clamado por uma cesariana.

Além disso, destaca que a proposição não causa elevação de despesas, ao argumento de que o valor dos partos são praticamente idênticos. Aponta que existe decisão judicial determinando o pagamento maior pelo parto normal, com fito de estimular tal procedimento. Todavia, afirma que caso implique algum aumento de despesa, que haveria a compensação dos gastos públicos, diante do óbito de mães e filhos e de crianças paralisadas pela anóxia (falta de oxigênio), com consequente dependência de recursos do Estado, por toda a sua vida.

Nesse tocante, cita que vários casos de mortes de bebês, ainda dentro da barriga da mãe, por demora na realização do parto, são cotidianamente noticiados pela imprensa nacional. Também, defende que não haveria que se cogitar discutir aumento de despesa quanto aos médicos anestesistas, visto que se pressupõe que estão disponíveis para o caso de cesariana. Por esses motivos, declara que não é possível suscitar que, por economia aos cofres públicos, o Distrito Federal siga torturando as mulheres, no momento mais mágico de suas existências.

Outrossim, esclarece que muitas mulheres consideram violência obstétrica serem anestesiadas, porém a proposição não visaria anestesiá-las à força, eis que as parturientes que não desejam anestesia devem ser respeitadas. Porém, que esses poucos casos pontuais não são suficientes para justificar a negativa da anestesia para a maioria das mulheres.

Ressalta que o número de mortes maternas, no parto, pré-parto e pós-natal é alarmante. Cita dados públicos, vejamos:

"Cumprir registrar, ainda, que o número de mortes maternas, aquelas dadas no parto, pré-parto e pós-natal é alarmante. A agência DW Brasil, por meio de um cruzamento dos dados disponíveis no DATASUS e na Organização Mundial de Saúde, concluiu que o Brasil é responsável por cerca de 20% das mortes maternas em todo o mundo.

Não sem razão, o Brasil é considerado pela ONU o quinto país menos comprometido com a redução de mortes maternas. Para os fetos, a mortalidade registrada em 2018, segundo o Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal do Ministério da Saúde, associadas ao indicador "Reduzível pela adequada atenção à gestação, feto, parto ou recém-nascido", foi de 16.892 mortes."

Ainda, declara que a proposição está de acordo com as normas de ética da Medicina, posto que deixa evidente que o médico pode, tal qual a paciente, exercer a sua autonomia.

Ao final, atesta que a aprovação do Projeto concretizará os princípios que norteiam a Bioética, na atualidade. Também, reforça que a proposição é mais que referente às mulheres, mas sim referente à saúde; bem como, está ligado ao respeito aos direitos fundamentais. Por isso, requer a sua aprovação.

Durante o prazo regimental não foram apresentadas emendas.

Lida em Plenário em 1º/08/2019, a proposição foi distribuída a esta Comissão de Educação, Saúde e Cultura, para análise e emissão de parecer de mérito, bem como para a Comissão de Constituição e Justiça para análise de admissibilidade.

No prazo regimental não foram apresentadas emendas.

É o relatório.

II – VOTO DO RELATOR

Nos termos do artigo 69, inciso I, alínea “a”, do Regimento Interno da Casa, compete à Comissão de Educação, Saúde e Cultura emitir parecer de mérito sobre matérias que estejam relacionadas à saúde pública, sendo o caso do Projeto de Lei em epígrafe, que trata do direito à opção da gestante pelo parto cesariano, a partir da quadragésima semana da gestação e, ainda, sobre analgesia, quando escolhido o parto normal.

Logo, a análise de mérito de uma proposição deve levar em conta aspectos referentes à sua necessidade, relevância social e viabilidade, além das potenciais consequências de sua inserção no arcabouço legal e no conjunto das políticas públicas em vigor, relacionadas com o tema. Importa também analisar se essa é a melhor resposta para a problemática identificada, levando em conta não apenas os prováveis beneficiários da medida proposta, mas também aqueles não contemplados ou mesmo potencialmente prejudicados por ela.

A matéria objeto do projeto de lei, ora em análise, insere-se, sem dúvida, no âmbito das competências regimentais deste Colegiado, uma vez que a iniciativa legislativa supre a lacuna legal em relação ao ganho social com a medida ora proposta.

Preliminarmente, destacamos que o mérito da matéria será examinado no que tange à conveniência e oportunidade, nos limites da temática abrangida por este Colegiado, bem como sua relevância social. Critérios todos preenchidos pela peça legislativa em exame.

O projeto é merecedor do mais amplo respeito no âmbito desta comissão. Vejamos, a seguir, os fundamentos que nos levam a acatar o projeto nos termos propostos pelo autor.

De início, alega a nobre relatora que a matéria do Projeto de Lei é eminentemente técnica, pois estaria a normatizar as melhores condutas destinadas à assistência ao parto. E, ainda, que existem estudos médicos com planos nacionais e internacionais sobre a indicação de realização do parto cirúrgico como a melhor forma de garantir a saúde da parturiente e do concepto, bem como as situações contraindicadas, com base em diretrizes do Ministério da Saúde e da OMS.

Ao analisar atentamente a proposição, nota-se que está em consonância com as normas em vigor sobre a matéria, inclusive éticas da Medicina, bem como encontra guarida nos princípios que informam a Bioética. Desse modo, cita norma do Conselho Federal de Medicina, que embasa o argumento de preservação do desejo da gestante, desde que sejam observados os requisitos necessários, em primazia do princípio da autonomia da paciente e da não maleficência. Sobre esses princípios importante descrever os seus conceitos, vejamos:

“O princípio de **autonomia** do **paciente** é um dos pilares da bioética. Segundo este conceito, ao **paciente** deve ser dado o poder de tomar as decisões relacionadas ao seu tratamento. Trata-se de um componente importante da ética médica moderna, que tem recebido bastante interesse na literatura atual.”

“Na ética médica, o princípio de **não maleficência** sempre esteve relacionado à máxima *Primum non nocere*, que pode ser interpretada “acima de tudo (ou antes de tudo) **não** causar dano”.

Nesse ponto, a proposição ressalta que já existe regulação da matéria, citando a Resolução nº 2.144, do Conselho Federal de Medicina. Contudo, destaca que não é observada, submetendo, por conseguinte, inúmeras mulheres à terríveis sofrimentos físicos e psíquicos, sendo caracterizada verdadeira tortura, com consequências nefastas ou até mesmo irremediáveis para elas e para o bebê. Nesse tocante, denuncia que até a analgesia têm sido negada à essas mulheres.

Sobre o tema, cumpre citar o que dispõe a mencionada Resolução do Conselho Federal de Medicina, litteris:

“Art. 1º É direito da gestante, nas situações eletivas, optar pela realização de cesariana, garantida por sua autonomia, desde que tenha recebido todas as informações de forma pormenorizada sobre o parto vaginal e cesariana, seus respectivos benefícios e riscos.

Parágrafo único. A decisão deve ser registrada em termo de consentimento livre e esclarecido, elaborado em linguagem de fácil compreensão, respeitando as características socioculturais da gestante.

Art. 2º Para garantir a segurança do feto, a cesariana a pedido da gestante, nas situações de risco habitual, somente poderá ser realizada a partir da 39ª semana de gestação, devendo haver o registro em prontuário.

Art. 3º É ético o médico realizar a cesariana a pedido, e se houver discordância entre a decisão médica e a vontade da gestante, o médico poderá alegar o seu direito de autonomia profissional e, nesses casos, referenciar a gestante a outro profissional.” (grifou-se)

Nesse contexto, é o posicionamento do Presidente do Conselho Federal de Medicina sobre a norma em comento, em entrevista ao Jornal Correio Brasiliense, em 21/06/2016, vejamos:

“A autonomia da paciente é uma diretriz nos trabalhos do médico, segundo a resolução CFM. É direito da gestante, nas situações eletivas, optar pela realização de cesariana, garantida por sua autonomia, desde que tenha recebido todas as informações de forma pormenorizada sobre o parto vaginal e cesariana, seus respectivos benefícios e riscos; destaca o documento. É ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do profissional, da paciente e a segurança do binômio materno fetal; completa outro trecho.” (grifou-se)

Ainda, a reportagem jornalística em explanação traz os seguintes índices que demonstram a discrepância entre os tipos de parto realizados na rede pública e privada do Distrito Federal, senão vejamos:

“Estatísticas do Ministério da Saúde, citadas pelo CFM, mostram que entre 25% e 30% dos partos no Brasil são cesarianas. No DF, de 44.461 mil partos em 2014, 54,9% foram cesarianas. No ano passado, o montante chegou a 53,58% de 43.993 partos. **A rede pública é responsável pelo maior volume de partos normais. Enquanto, a rede privada executa a maior parcela de cesáreas** (leia Balanço).

Para a ginecologista Adriana Scavuzzi, os índices de parto cesariano devem cair após a nova regra. A especialista acredita que a resolução promove o debate sobre o procedimento. Estamos estimulando o diálogo. Às vezes, a paciente chega com a concepção formada de que a cesariana é a melhor opção, e isso é desconstruído a partir de uma conversa franca com o médico, quando é entendido os riscos da decisão; avalia.

O coordenador da Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia do CFM, José Hiran Gallo, ressalta que a cesariana salva vidas. Em diversos casos, é uma indicação médica, que visa garantir a segurança, tanto do bebê como da mãe. A autonomia da paciente é um princípio relevante e foi um dos norteadores para a elaboração da norma, que considerou outros parâmetros bioéticos, como a justiça, a beneficência e a não maleficência. Para que o parto cesariano por conveniência da paciente seja aceito, é mister que ela esteja bem informada e tenha sido orientada previamente para compreender as implicações de sua decisão; explica o relator da resolução.

Balanço

2014

Nascimentos no DF: 44.461

Partos Normais: 44,83%

Cesárias: 54,95%

Rede pública

Partos normais: 61,21%

Cesária: 38,57%

Rede privada

Partos normais: 10,98%

Cesárias: 89,03%

2015

Nascimentos no DF: 43.993

Partos normais: 46,23%

Cesárias: 53,58%

Rede pública

Partos normais: 62,38%

Cesárias: 37,4%

Rede privada

Partos normais: 12,53%

Cesárias: 87,32%" (grifou-se)

Dessa forma, verifico que há inegável necessidade, relevância social e viabilidade da proposição, visto que busca, por meio de Lei, assegurar um direito constitucional, legal e infralegal, que não vêm sendo observado, o que têm violado os direitos fundamentais das mulheres, mormente acarretando sequelas e mortes.

É incontestável que as condutas médicas e hospitalares necessárias para assegurar o direito das mulheres à humanização do parto e ao seu protagonismo nesse momento já estão disciplinadas por órgãos federais e internacionais, notoriamente diante da relevância desse tema para a sociedade e diante do relevo dos direitos aqui envolvidos e do princípio da dignidade da pessoa humana, no contexto jurídico/social.

Todavia, não verifico que a proposição em tela viole alguma dessas disposições, eis que além de dispor sobre os direitos fundamentais à saúde e à vida, visa assegurar o direito das mulheres de serem ouvidas, atendidas com dignidade e humanidade, tanto no parto normal/natural, quanto no parto cesárea, bem como busca preservar vidas. Logo, acredito que a proposição intenta assegurar esses direitos contemplados nas normas internacionais da OMS e nas premissas do Ministério da Saúde, bem como nas Resoluções do Conselho Federal de Medicina.

Assim sendo, não vislumbro nenhum conflito com as normas já em vigor sobre a matéria e, ainda, não vejo nenhuma potencial consequência nefasta ou equivocada com a sua inserção no arcabouço legal e no conjunto das políticas públicas em vigor, relacionadas com o tema, no âmbito do Distrito Federal.

Ao contrário, entendo que com a aprovação da proposição em comento serão instituídas medidas complementares, asseguradas por Lei, por esta Casa, visando assegurar direitos fundamentais essenciais em nosso ordenamento jurídico.

Ainda, a proposição encontra amparo no artigo 204, da Lei Orgânica do Distrito Federal, vejamos:

“Art. 204. **A saúde é direito de todos e dever do Estado**, assegurado mediante políticas sociais, econômicas e ambientais que visem:

I – ao bem-estar físico, mental e social do indivíduo e da coletividade, **à redução do risco de doenças e outros agravos;**

II – ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, para sua promoção, prevenção, recuperação e reabilitação.” (grifou-se)

De igual modo, o Distrito Federal é competente para legislar sobre a defesa da saúde, como é o caso em comento, nos termos do inciso X do artigo 17 da Lei Orgânica do Distrito Federal, litteris:

“**Art. 17. Compete ao Distrito Federal, concorrentemente com a União, legislar sobre:**

(...)

X – previdência social, proteção e **defesa da saúde;**” (grifou-se)

Destarte, sobre a competência desta Casa de Leis, prevê o artigo 58 da Lei Orgânica do Distrito Federal, in verbis:

“**Art. 58. Cabe à Câmara Legislativa**, com a sanção do Governador, não exigida esta para o especificado no art. 60 desta Lei Orgânica, **dispor sobre todas as matérias de competência do Distrito Federal, especialmente sobre:**

(...)

V – educação, **saúde**, previdência, habitação, cultura, ensino, desporto e segurança pública;” (grifou-se)

Portanto, com fulcro na Lei Orgânica do Distrito Federal, entendo que a proposição é a melhor resposta para a problemática, ora deliberada, visto que esta Casa de Leis têm competência legal para dispor sobre o tema em apreço, não havendo que se falar que a resolução da questão em tela não seria através de projeto de lei de iniciativa parlamentar, mas somente por portarias e decretos de iniciativa do Poder Executivo.

Mais ainda, a presente proposição está em plena conformidade com a Lei Distrital nº 6.287, de 15 de abril de 2019, que instituiu a Política Distrital de Atendimento à Gestante, vejamos:

“**Art. 2º A Política Distrital de Atendimento à Gestante tem por objetivo assegurar o direito à assistência à saúde e ao parto de qualidade, atendidos os seguintes princípios:**

I - o respeito à dignidade humana da gestante;

II - a autonomia da vontade das gestantes e das famílias;

III - a humanização na atenção obstétrica;

IV - a transparência da equipe de saúde no sentido de fornecer à gestante todas as informações necessárias a respeito da gestação, das diversas formas de parto e da amamentação;

V - a obrigatoriedade da intervenção estatal no sentido de assegurar que todas as cautelas sejam tomadas para o bem-estar da gestante;

VI - a preferência pela utilização dos métodos menos invasivos e mais naturais;

VII - a atenção especial às gestantes em situação de vulnerabilidade social, inclusive violência doméstica;

VIII - a educação e a informação das gestantes quanto aos seus direitos e deveres, com vistas à melhoria da assistência obstétrica;

IX - a coibição e a repressão eficientes de todas as formas de arbitrariedade perpetradas contra as gestantes.”

“Art. 3º São direitos básicos das gestantes:

I - a proteção da saúde entendida como o desfrute do mais alto nível de bem-estar físico, psíquico e social;

(...)

VI - a elaboração de plano individual de parto;”

(grifou-se)

Ademais, não verifico que o Projeto de Lei estaria em conflito com os pressupostos existentes sobre o assunto, essencialmente sobre o argumento de que visaria uma epidemia de cesárea, sem observância dos procedimentos estabelecidos pela OMS e Ministério da Saúde. Da atenta análise da proposição nota-se que não busca atingir esse intento, mas apenas que seja assegurada a igualdade/isonomia de direitos entre as mulheres da rede pública e privada do Distrito Federal, com atendimento humanizado e seguro.

É incontestável que a proposição visa dar voz às mulheres brasileiras que utilizam a rede pública de saúde e, ainda, que desejam ser ouvidas e respeitadas em seu momento glorioso, que é a maternidade. Mais ainda, que sejam protegidas por Lei em seus direitos de autonomia da vontade e de não sofrerem nenhuma violência física, psicológica, obstétrica, dentre outras.

Sobre o tema da violência obstétrica, cuida um importante estudo da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, de 28/05/2019, intitulado “Por que as mulheres morrem e sofrem ao dar à luz no Brasil?”, in verbis:

“(...)

Violência Obstétrica: precisamos falar dela

Realidade não só no Brasil mas no mundo todo, milhares de mulheres relatam sofrer violência em um dos momentos mais vulneráveis da vida: no parto. Segundo o artigo “Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer”, publicado na Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, a prevalência de violência obstétrica no Brasil é alta: 1/4 das mulheres relatam terem sofrido maus-tratos durante o atendimento ao parto, além de excesso de intervenções desnecessárias (uso de ocitocina e/ou episiotomia como rotina).

Segundo o artigo, a expressão “violência obstétrica” (VO) é utilizada para descrever e agrupar diversas formas de violência (e danos) durante o cuidado obstétrico profissional. [1]

Essa violência é caracterizada por diversas formas, não apenas pela física, que se enquadra em procedimentos médicos coercivos ou não consentidos (incluindo a esterilização), recusa em administrar analgésicos e anestesia, contenção física com mordaca, mas também humilhações e abusos verbais, recusa de internação, violação de privacidade.

Grupos de vulnerabilidade

A mortalidade materna no Brasil é composta por mortes evitáveis que tem classe, raça/cor e idade. Estudos revelam maior risco entre as mulheres negras, mulheres residentes em regiões menos desenvolvidas, como o Norte e o Nordeste do país (RMM no Maranhão acima de 100/100.000 nascidos vivos e Santa Catarina, 40/100.000 nascidos) e entre as mulheres acima de 35 anos, estas por estarem expostas a uma maior paridade e comorbidades. Em Pernambuco, 77% dos óbitos maternos em 2016 foram entre mulheres negras.

Adolescentes, mulheres mais pobres, analfabetas, moradoras de áreas rurais e favelas relatam negligência e atendimento em menor qualidade, segundo pesquisadores da Universidade de São Paulo. [2] [3]” (grifou-se)

Ademais, segundo declaração da OMS para a prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde (em anexo), no mundo inteiro muitas mulheres sofrem com a violência obstétrica, vejamos:

"No mundo inteiro, muitas mulheres sofrem abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde. **Tal tratamento não apenas viola os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, mas também ameaça o direito à vida, à saúde, à integridade física e à não-discriminação.** Esta declaração convoca maior ação, diálogo, pesquisa e mobilização sobre este importante tema de saúde pública e direitos humanos.

(...)

Relatos sobre desrespeito e abusos durante o parto em instituições de saúde incluem violência física, humilhação profunda e abusos verbais, procedimentos médicos coercivos ou não consentidos (incluindo a esterilização), falta de confidencialidade, não obtenção de consentimento esclarecido antes da realização de procedimentos, recusa em administrar analgésicos, graves violações da privacidade, recusa de internação nas instituições de saúde, cuidado negligente durante o parto levando a complicações evitáveis e situações ameaçadoras da vida, e detenção de mulheres e seus recém-nascidos nas instituições, após o parto, por incapacidade de pagamento.(5) Entre outras, as adolescentes, mulheres solteiras, mulheres de baixo nível sócio-econômico, de minorias étnicas, migrantes e as que vivem com HIV são particularmente propensas a experimentar abusos, desrespeito e maus-tratos.(5)

Todas as mulheres têm direito ao mais alto padrão de saúde atingível, incluindo o direito a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto, assim como o direito de estar livre da violência e discriminação. Os abusos, os maus-tratos, a negligência e o desrespeito durante o parto equivalem a uma **violação dos direitos humanos fundamentais das mulheres, como descrevem as normas e princípios de direitos humanos adotados internacionalmente.** (6-9) Em especial, as mulheres grávidas têm o direito de **serem iguais em dignidade, de serem livres para procurar, receber e dar informações, de não sofrerem discriminações e de usufruírem do mais alto padrão de saúde física e mental, incluindo a saúde sexual e reprodutiva.** (10)

(...)

5. Envolver todos os interessados, incluindo as mulheres, nos esforços para melhorar a qualidade da assistência e eliminar o desrespeito e as práticas abusivas.

Eliminar o desrespeito, os abusos e os maus-tratos durante o parto somente será possível por meio de um processo inclusivo, com a participação das mulheres, comunidades, profissionais e gestores da saúde, formadores de recursos humanos em saúde, organismos de educação e certificação, associações profissionais, governos, interessados nos sistemas de saúde, pesquisadores, grupos da sociedades civis e organizações internacionais. Convocamos estas entidades para reunir esforços para garantir que as situações de abuso, desrespeito e maus-tratos sejam identificadas e relatadas de forma regular e consistente, e que as medidas preventivas e terapêuticas localmente apropriadas sejam implementadas."

(destaques nossos)

Outrossim, percebo que a proposição em referência não busca reforçar a tendência de realização de cesárea, sem levar em consideração os riscos que esse tipo de intervenção acarreta para a mulher e para a criança, posto que menciona expressamente em sua justificativa as vantagens e desvantagens de ambos os tipos de partos e, também, assegura o acesso aos dois tipos, desde que a mulher seja ouvida e o atendimento no parto seja humanizado.

Ainda, ao assegurar o direito das mulheres de serem ouvidas e respeitadas não averiguo que a proposição incita deixar claro o caráter de decisão prévia pela cesárea, independente de avaliação, tornando essa modalidade como obrigatória. Percebo que a proposição visa garantir o direito à

cesárea eletiva, quando possível diante dos requisitos médicos e da gestação e, também, assegura a analgesia em caso de decisão por parto normal.

Com base na Política Distrital de Atendimento à Gestante, acima mencionada, constitui direito da gestante a observância da autonomia de sua vontade, o conhecimento sobre os diversos tipos de partos, conseqüentemente com vantagens e desvantagens de cada um deles, bem como o direito à elaboração de um plano individual de parto.

Por todo o exposto, vislumbro que a proposição em referência é necessária, viável e possui imensa relevância social; bem como que a sua inserção em nosso ordenamento jurídico não violaria outras normas, pelo contrário, visaria dar efetividade ao que dispõe a Resolução nº 2.144/2016 do Conselho Federal de Medicina e ao que determina a Política Distrital de Atendimento à Gestante, sendo relevante instrumento para o conjunto das políticas públicas em vigor, relacionadas com o tema. Mais além, examino que a proposição em comento será um importante instrumento de efetivação dos direitos fundamentais, como o direito à saúde e à vida, bem como a dignidade da pessoa humana.

Por fim, sobre o tema da constitucionalidade, sua apreciação, nos termos do inciso I do art. 63 do Regimento Interno, é de competência da Comissão de Constituição e Justiça, desta Casa, logo, não será analisada nesse parecer.

Nesta Comissão de Educação, Saúde e Cultura - CESC, nosso entendimento é no sentido de que a matéria deve prosperar.

Vê-se, do quanto até aqui exposto, a pertinência das medidas propostas no projeto sob análise, as quais, mais do que meramente convenientes, mostram-se verdadeiramente indispensáveis.

Dessa forma, não apenas quanto à necessidade, mas também do ponto de vista da oportunidade e da viabilidade da proposição temos que a mesma é favorável e reconhecemos a nobre intenção do autor. Trata-se, sem dúvida, de proposta que vem trazer um avanço de inestimável valor para a população do Distrito Federal.

Diante dessas considerações, manifestamos voto pela **APROVAÇÃO**, no mérito, do Projeto de Lei nº 537/2019, no âmbito da Comissão de Educação, Saúde e Cultura.

Sala das Comissões, em

(assinado eletronicamente)

DELMASSO

Deputado Distrital - Republicanos/DF

Autor



Documento assinado eletronicamente por **RODRIGO GERMANO DELMASSO MARTINS - Matr. 00134, Deputado(a) Distrital**, em 16/06/2021, às 15:57, conforme Art. 22, do Ato do Vice-Presidente nº 08, de 2019, publicado no Diário da Câmara Legislativa do Distrito Federal nº 214, de 14 de outubro de 2019.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site:

http://sei.cl.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0

Código Verificador: **0451002** Código CRC: **A2BB1473**.

00001-00019531/2021-81

0451002v3